PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE

Implantation et évaluation

Rapport 1998-2000

Geneviève Baron
Suzanne Bélanger

Février 2002

Auteures
Geneviève Baron
Suzanne Bélanger

Collaboratrices
Joanne Émond
José St-Cerny
Christiane Morin-Blanchet
Huguette Bélanger
Nathalie Hudon
Marielle Labrie-Gauthier

Recherche technique
Eveline Savoie

Secrétariat
Patricia-Louise Jetté
Claudette Girard

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

La copie tue le livre! *Cette phrase est devenue une maxime dans le domaine de la protection des droits d'auteur. Si ce document vous plaît, c'est peut-être parce que tant sa présentation que son contenu ont été soigneusement traités, et ce, avec un souci de qualité digne de ses lecteurs. Copier, c'est reproduire, acheter, c'est produire!*

Merci!

Pour obtenir une copie de ce document adressez-vous à :
Direction des communications
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4323

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2002-001

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-232-2

Prix : 8,00 $

MOT DU DIRECTEUR

Le cancer du sein représente plus du quart de tous les cancers diagnostiqués chez les Montérégiennes, ce qui en fait le cancer le plus fréquent chez les femmes de notre région. De plus, il est responsable d'environ 20 % des décès liés au cancer. En 1998, 748 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués tandis que 212 femmes en décédaient en Montérégie.

Afin de réduire le fardeau lié à cette maladie, le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) fut lancé en 1998. Ce programme répond aux priorités nationales de santé publique 1997-2002 et vise à réduire le taux de mortalité lié au cancer du sein. Il permet également d'assurer à toutes les femmes visées un dépistage répondant à de très hauts standards de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Le volet montérégien du PQDCS a été lancé en septembre 1998. Il cible plus précisément les Montérégiennes âgées de 50 à 69 ans. Au cours des premières années de fonctionnement, celles-ci ont eu accès, grâce à une invitation personnalisée du programme ou à une prescription médicale, à des mammographies de dépistage de qualité réalisées dans l'un des treize centres de dépistage désigné de la région. Celles ayant eu un résultat anormal lors de leur mammographie ont ensuite, en bonne partie, été référées à l'un des cinq centres de référence pour investigation diagnostique afin que soient effectués les examens complémentaires pour poser un diagnostic.

Dans ce rapport, la Direction de la santé publique de la Montérégie présente le bilan des premières années d'implantation du PQDCS. Le lecteur sera à même de constater les efforts déployés par une multitude de professionnels du territoire afin de sensibiliser, de recruter et d'offrir des services de qualité aux Montérégiennes qui ont obtenu leur première mammographie de dépistage au cours de ces premières années d'activité.

Le directeur par intérim,

Richard Côté, M.D., FRCPC

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage n'aurait pas vu le jour sans la participation de plusieurs personnes. Nous remercions sincèrement tous nos collaborateurs oeuvrant dans les Centres de dépistage désignés et les Centres de référence pour investigation diagnostique d'avoir réalisé, dans leur milieu, l'implantation du programme et d'avoir fourni l'information permettant son évaluation. Sans l'engagement dynamique du personnel dans chacun de ces établissements, ce rapport n'aurait pu être réalisé.

Nous disons merci à nos collaboratrices du Centre de coordination des services régionaux et aux secrétaires, car leurs commentaires ont grandement bonifié le contenu de ce document.

Finalement, nous remercions madame Eveline Savoie, technicienne en recherche, de nous avoir minutieusement fourni les données informatiques nécessaires à l'évaluation.

106-04587/

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX **8**
LISTE DES FIGURES **8**
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES **9**
INTRODUCTION **11**

1 LE CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE : QUELQUES CHIFFRES... ..... **13**

1.1 NOUVEAUX CAS DE CANCER (NOMBRE ET TAUX) 13
1.2 MORTALITÉ (NOMBRE ET TAUX) 15

2 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE **17**

2.1 BUTS DU PROGRAMME 17
2.2 RESPONSABILITÉS RÉGIONALES RELATIVES À LA RÉALISATION DU PROGRAMME 17
2.3 IMPLANTATION DU PQDCS EN MONTÉRÉGIE 18
2.3.1 Recrutement *19*
2.3.2 Organisation des services *19*
2.3.3 Suivi médical *21*
2.3.4 Formation *22*
2.3.5 Promotion/sensibilisation *23*
2.3.6 Communication *23*
2.3.7 Assurance de la qualité *27*
2.3.8 Autres activités *29*
2.3.9 Financement *29*
2.4 ÉVALUATION DU PQDCS EN MONTÉRÉGIE : JUILLET 1998 À DÉCEMBRE 2000 30
2.4.1 Recrutement *31*
2.4.2 Le consentement à participer au PQDCS *34*
2.4.3 Le volume de mammographies de dépistage en Montérégie *36*
2.4.4 Le profil des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en Montérégie *38*
2.4.5 Les délais *43*
2.4.6 Quelques résultats : le taux de référence pour investigation *46*

3 CONCLUSION **50**

4 BIBLIOGRAPHIE **52**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre, répartition et incidence par cancer, femmes, Montérégie, 1998 13

Tableau 2 Nombre, répartition et incidence par cancer, femmes, Montérégie, 1998 15

Tableau 3 Recrutement des femmes admissibles par types de lettres personnalisées, Montérégie, septembre 1998 à décembre 2000 19

Tableau 4 Nombre d'appels reçus aux lignes 1-888 et 4096 ainsi que leur provenance et raison des appels à la ligne 1-888, CCSR Montérégie, septembre 1998 à décembre 2000 20

Tableau 5 - Participation au dépistage au cours des 24 derniers mois, par groupe d'âge, Montérégie, au 31 décembre 2000 33

Tableau 6 Participation au dépistage au cours des 24 derniers mois, par territoire de CLSC, Montérégie, au 31 décembre 2000 34

Tableau 7 Consentement à participer au PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 36

Tableau 8 Rétention des femmes montérégiennes dans le cadre du PQDCS, selon leur territoire de résidence, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 39

Tableau 9 Offre de services, dans le cadre du PQDCS, aux femmes résidant dans une région autre que la Montérégie, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 40

Tableau 10 Répartition des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon leur territoire de résidence, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 41

Tableau 11 Profil clinique des femmes ayant obtenu leur mammographie de dépistage en Montérégie dans le cadre du PQDCS, selon le groupe d'âge, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 42

Tableau 12 Prévalence des facteurs de risque des femmes ayant obtenu leur mammographie de dépistage en Montérégie dans le cadre du PQDCS, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 43

Tableau 13 Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 30 jours ou moins entre le moment où elles ont pris rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même, dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 44

Tableau 14 Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 10 jours ou moins entre leur mammographie de dépistage et la réception de leur résultat, dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Nombre de nouveaux cas et de décès par cancer du sein chez la femme, Montérégie, 1991-1998 14

Figure 2 Taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein chez la femme, Québec et Montérégie, 1991-1998 14

Figure 3 Facteurs incitatifs à la mammographie de dépistage, Montérégie, 1999 25

Figure 4 Effet des invitations et des annonces sur la participation au PQDCS, Montérégie, 1999 26

Figure 5 Nombre de femmes admissibles au PQDCS, selon le groupe d'âge, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 31

Figure 6 Nombre de lettres d'invitation envoyées par mois, Montérégie, avril 1999 à décembre 2000 32

Figure 7 Nombre de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 36

Figure 8 Nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies lues, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 37

Figure 9 Nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies effectuées, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 38

Figure 10 Taux de référence pour investigation diagnostique dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 47

Figure 11 Taux de référence pour investigation diagnostique dans le cadre du PQDCS, par radiologiste, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000 48

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CLSC	Centre local de services communautaires
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
DSP	Direction de la santé publique
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PQDCS	*Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montérégie
SI-PQDCS	Système d'information du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

INTRODUCTION

Le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) de la Montérégie a déjà trois ans et la première ronde de recrutement s'est terminée en décembre 2001. L'équipe du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) a décidé, pour cette occasion, de faire le bilan des premières années de fonctionnement en rédigeant le rapport de ses activités. La première évaluation régionale du PQDCS est également jointe à ce bilan. Comme les données disponibles pour l'évaluation ne couvraient que les deux années initiales de fonctionnement (soit de juillet 1998 à décembre 2000[1]), c'est dans un souci de cohérence que l'ensemble des activités décrites dans ce rapport couvrent la même période.

Vous trouverez tout d'abord dans ce document un bref aperçu de l'importance du cancer du sein en Montérégie ainsi qu'un rappel des objectifs du PQDCS et des responsabilités régionales face à celui-ci. Une description des activités ayant eu lieu dans le cadre du PQDCS en Montérégie au cours de la période allant de mai 1998 à décembre 2000[2] est ensuite faite. Les activités concernent le recrutement, l'organisation des services, le suivi médical, la formation, la promotion et la sensibilisation, les communications et les activités d'assurance de la qualité. Ce rapport se termine finalement par l'évaluation régionale du programme pour cette même période.

---

[1] Les premiers résultats disponibles pour les mammographies de dépistage datent de juillet 1998.
[2] Les activités de démarrage du programme montérégien ont débuté en mai 1998.

1 LE CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE : QUELQUES CHIFFRES...[3]

1.1 NOUVEAUX CAS DE CANCER (NOMBRE ET TAUX)

Le cancer du sein est de loin le plus répandu des cancers chez la femme en Montérégie; il représente plus du quart (29 %) de tous les cancers diagnostiqués chez celle-ci (tableau 1). En 1998, on dénombrait 748 nouveaux cas de cancer du sein, pour une augmentation annuelle moyenne de près de 5 % depuis 1991 (figure 1).

Tableau 1 - Nombre, répartition et incidence par cancer, femmes, Montérégie, 1998

Siège	*Nombre*	*Répartition (%)*	*Incidence (taux ajusté par 100 000)*
Sein	748	28,6	109,9
Côlon-rectum	355	13,6	51,3
Poumon	349	13,4	51,8
Utérus	196	7,5	29,0
Lymphome non-Hodgkin	103	3,9	15,1
Ovaire	83	3,2	12,2
Vessie	80	3,1	11,6
Rein	67	2,6	10,0
Leucémie	65	2,5	9,5
Pancréas	59	2,3	8,5
Cerveau-SNC	59	2,3	9,0
Autres sièges	449	17,2	65,4
Total	**2 613**	**100,0**	**383,3**

[3] Les données retrouvées dans cette section sont tirées du document intitulé *Portrait du cancer en Montérégie 1991-1998* (Tremblay et al., 2001).

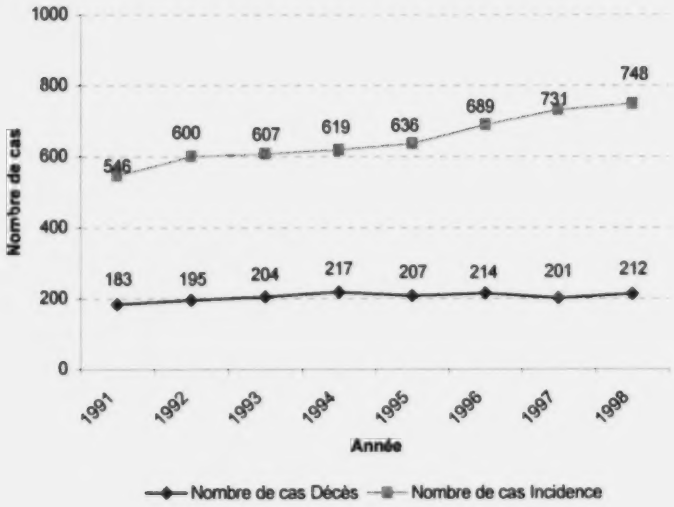
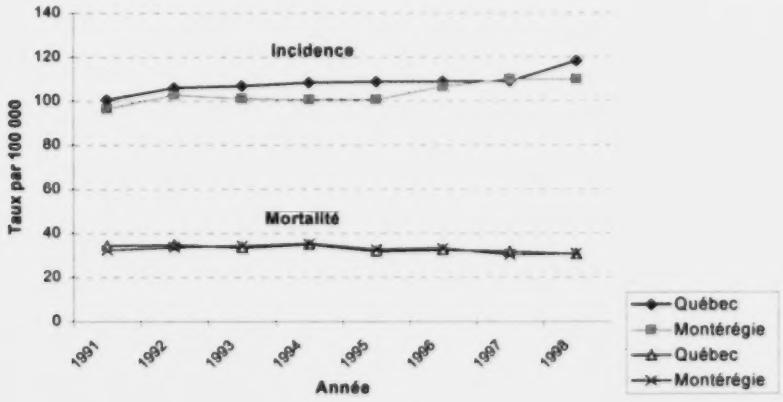


Figure 1 : Nombre de nouveaux cas et de décès par cancer du sein chez la femme, Montérégie, 1991-1998

Le taux d'incidence a augmenté de façon régulière d'environ 2 % par année depuis 1991 et atteignait 110 cas pour 100 000 femmes en 1998 (figure 2). Ce taux se situe cependant, de façon générale, en deçà du taux québécois (118 cas pour 100 000 en 1998).



Ajusté selon l'âge de la population du Québec en 1996

Figure 2 : Taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein chez la femme, Québec et Montérégie, 1991-1998

1.2 MORTALITÉ (NOMBRE ET TAUX)

Bien que le cancer du sein occupe le premier rang en matière d'incidence (29 % des nouveaux cas de cancer), depuis 1993 la mortalité par cancer du sein (18 % des décès par cancer) est reléguée au 2e rang après le cancer du poumon (tableau 2). En 1998, 212 femmes sont décédées des suites d'un cancer du sein, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 2,3 % depuis 1991 (figure 1).

Cependant, depuis 1994, la tendance des taux de mortalité par cancer du sein est à la baisse de 3,3 % par an et se situait à 31 décès pour 100 000 femmes en 1998 (figure 2). Les tendances des taux de mortalité observés en Montérégie sont reflétées à l'échelle du Québec (le taux de mortalité par cancer du sein au Québec en 1998 se situait à 30 décès par 100 000 femmes).

Tableau 2 - Nombre, répartition et incidence par cancer, femmes, Montérégie, 1998

Siège	*Nombre*	*Répartition (%)*	*Incidence (taux ajusté par 100 000)*
Sein	212	17,6	30,6
Côlon-rectum	162	13,4	22,9
Poumon	278	23,1	41,1
Utérus	42	3,5	6,1
Lymphome non-Hodgkin	43	3,6	6,2
Ovaire	40	3,3	6,1
Vessie	25	2,1	3,4
Rein	28	2,3	4,1
Leucémie	30	2,5	5,8
Pancréas	70	5,8	9,9
Cerveau-SNC	52	4,3	7,7
Autres sièges	223	18,5	29,8
Total	**1 205**	**100,0**	**173,7**

2 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE

2.1 BUTS DU PROGRAMME

Les buts du PQDCS sont :

- de diminuer la mortalité causée par le cancer du sein;
- d'améliorer au maximum la détection précoce du cancer du sein dans la population cible;
- d'assurer à toutes les femmes visées des mammographies de dépistage de qualité réalisées dans des centres certifiés et désignés;
- d'assurer un dépistage répondant à de très hauts standards de qualité, d'efficacité et d'efficience;
- d'assurer des services visant le maintien de la qualité de vie des femmes et ce, en tenant compte des besoins et des droits de celles-ci, particulièrement de leur droit à la confidentialité et de leur droit de prendre des décisions éclairées;
- de garantir la continuité de services que suppose le dépistage.

2.2 RESPONSABILITÉS RÉGIONALES RELATIVES À LA RÉALISATION DU PROGRAMME

Le PQDCS étant un programme dont les paramètres de base sont définis et évalués au niveau central et dont la gestion et l'adaptation relèvent de chacune des régies régionales, les responsabilités, tant pour son implantation que pour sa réalisation, relèvent de trois niveaux : le niveau central, régional et local[4].

Les responsabilités au niveau régional en Montérégie relèvent donc de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), et plus particulièrement de sa Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ). Ainsi, elle doit :

- gérer le programme pour les clientèles de sa région et prévoir les ententes nécessaires avec les autres régies régionales;

[4] *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Cadre de référence, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1996.

- déterminer le fonctionnement et l'organisation du programme pour la région, à partir des paramètres et objectifs du programme québécois, en précisant notamment quelles sont les responsabilités administratives du programme et quel type de coordination des services doit être privilégié;
- concevoir un plan de communication et un plan de recrutement régionaux;
- recommander au ministre les centres de dépistage susceptibles d'être désignés;
- désigner le ou les centres de référence pour investigation de son territoire;
- mettre en place des mécanismes permettant de maintenir la qualité de vie des participantes;
- animer les mécanismes régionaux visant à assurer la qualité du programme;
- assurer, en relation avec le niveau central, le fonctionnement du système d'information au niveau régional;
- offrir aux intervenants la formation requise lors du démarrage du programme, participer à la formation en cours d'emploi et proposer le développement de certains éléments de formation relatifs au programme;
- apporter sa contribution aux mécanismes centraux ayant pour but l'assurance de la qualité, l'évaluation et la révision du programme;
- assurer la continuité des services à la clientèle de la région;
- évaluer et adapter le programme sur le plan régional;
- évaluer et réviser l'organisation régionale des services reliés au programme;
- assurer la coordination régionale du programme et la collaboration interrégionale exigée par le programme;
- contribuer à définir des pistes de recherche pour l'amélioration du programme.

2.3 Implantation du PQDCS en Montérégie

Au 31 décembre 2000, le PQDCS, en vigueur depuis mai 1998, est implanté dans treize des dix-huit régions du Québec. En Montérégie, le programme a été lancé en septembre 1998. À cette époque, les femmes éligibles pouvaient obtenir une mammographie dans le cadre du programme grâce à une prescription médicale de leur médecin traitant. À partir d'avril 1999 et jusqu'à ce jour, elles peuvent aussi participer au programme grâce aux lettres d'invitation qui sont envoyées par le CCSR de la Direction de la santé publique (DSP) à l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans vivant en Montérégie.

Les années 1998 à 2000 ont donc été consacrées au recrutement de la clientèle ciblée par le programme, les femmes de 50 à 69 ans, et à la consolidation des services offerts par les centres de dépistage désignés (CDD) et par les centres de référence pour investigation désignés (CRID).

2.3.1 Recrutement

En avril 1999, le CCSR recommandait l'envoi systématique d'information et de lettres d'invitation personnalisées, en conformité avec le programme. Un plan de recrutement est donc mis de l'avant et les premières lettres sont datées du 23 avril 1999. On débute par les femmes les plus âgées et progressivement, dans la banque de noms transférés de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), on sélectionne les dames par âge et par territoire de CLSC de façon à contrôler l'achalandage dans les différents CDD. En décembre 2001, toutes les femmes ciblées de la Montérégie devaient avoir reçu une première invitation pour un dépistage.

Une lettre de relance est expédiée 3 mois après la lettre d'invitation aux femmes qui n'ont pas donné suite à la première lettre. La lettre de rappel est envoyée deux ans après la mammographie de dépistage.

Tableau 3 - Recrutement des femmes admissibles par types de lettres personnalisées, Montérégie, septembre 1998 à décembre 2000

Type de lettre	*98-09-14 au 99-04-22*	*99-04-23 au 99-12-31*	*00-01-01 au 00-12-31*
Invitation	–	36 708	46 329
Relance	–	23 877	39 716
Rappel	–	59	9 522
Résultats	7 219	31 293	30 801
Total	**7 219**	**91 937**	**126 368**

2.3.2 Organisation des services

Le PQDCS fixe les orientations, les normes et exigences nationales. Il s'inscrit aussi dans la philosophie de gestion des services de santé qui laisse une place prépondérante aux régions pour organiser les services en fonction de leurs caractéristiques particulières.

Le programme de dépistage doit garantir aux femmes qui y participent l'ensemble des services liés au dépistage, allant de l'invitation à participer au programme à l'établissement du diagnostic final. Les services comprennent donc :

- l'invitation à participer au dépistage et l'envoi d'information sur le programme;
- le dépistage par mammographie et le suivi des résultats;
- l'investigation, incluant le diagnostic histopathologique.

➢ *Information*

Mentionnons qu'étant donné la géographie de notre région, nous avons mis en place une ligne téléphonique sans frais (1-888-845-7346) pour mieux répondre aux différents besoins d'information de notre clientèle. Cette ligne est accessible du lundi au vendredi entre 8 h 30 et

16 h 30. Les différents professionnels de la santé concernés par le programme ont aussi un numéro de poste qui leur est réservé à la Régie régionale (RRSSSM), soit le poste 4096.

Voici un tableau sommatif des appels reçus entre le 15 septembre 1998 et le 31 décembre 2000.

Tableau 4 - Nombre d'appels reçus aux lignes 1-888 et 4096 ainsi que leur provenance et raison des appels à la ligne 1-888, CCSR Montérégie, septembre 1998 à décembre 2000

NOMBRE D'APPELS TÉLÉPHONIQUES

Date	*Ligne 1-888*	*Ligne 4096*	*Total*
1998	167	13	180
1999	4 121	101	4 222
2000	5 952	35	6 309
Total	**10 240**	**471**	**10 711**

PROVENANCE DES APPELS DE LA LIGNE 1-888

	1998	*1999*	*2000*	*Total*
Femmes	144	3 976	5 680	9 800
CDD/CRID	7	112	246	365
Autres	16	33	26	75
Total	**167**	**4 121**	**5 952**	**10 240**

RAISON DES APPELS DES FEMMES

	1998	*1999*	*2000*	*Total*
Demande d'information	54	577	1 133	1 764
Corrections à apporter au SI-PQDCS[5]	83	2 568	3 021	5 672
Refus de participer	2	705	1 398	2 105
Autres	28	271	400	699
Total	**167**	**4 121**	**5 952**	**10 240**

➢ *Dépistage*

La recherche constante d'une plus grande qualité des services est à la base du programme et s'avère une condition essentielle de réussite. En s'appuyant sur les paramètres du programme et sur les particularités (ou caractéristiques) de la région, la RRSSSM a recommandé au ministre, en mai 1998, la désignation de 13 centres de dépistage. Un 14e centre a été recommandé en 1999.

[5] SI-PQDCS : comprend les corrections qui concernent l'éligibilité au programme, la langue de correspondance, la date de dernière mammographie, les changements d'adresse et les modifications quant au médecin traitant.

Lors du démarrage du programme en Montérégie le 15 septembre 1998, onze centres étaient désignés. Le douzième s'est ajouté en mars 1999 et le treizième en novembre 2000. Le quatorzième et dernier CDD de notre région est en attente de certification et désignation.

➢ ***Investigation***

Toujours selon les paramètres du programme et selon les besoins et ressources de la région, la RRSSS de la Montérégie a désigné ses CRID, conditionnellement à leur certification par le laboratoire de santé publique du Québec. Une particularité de trois de nos CRID est qu'ils sont situés dans deux centres hospitaliers afin qu'ensemble ils répondent à tous les critères du programme, ce qui augmente l'accessibilité aux services d'investigation d'une grande partie de notre clientèle.

Lors du démarrage du programme, un seul centre était officiellement certifié, mais tous avaient des activités d'investigation. En décembre 2000, quatre des six centres de référence étaient « désignés » et les deux derniers étaient en processus de certification.

➢ ***Service et soutien aux CDD et CRID***

Afin de soutenir nos CDD et CRID, des rencontres ont été organisées par le CCSR. Il y a eu trois rencontres avec les CRID, une rencontre avec les CDD et une rencontre conjointe avec les deux types de centres. Les objectifs de ces rencontres sont de faire le point sur l'évolution du programme, de présenter les résultats d'évaluation concernant les CDD et CRID, et de permettre une appréciation de leurs besoins.

En plus de ces rencontres, des visites ont été faites aux CDD et aux CRID par différents membres du CCSR. Une tournée plus « officielle » a eu lieu à l'automne 2000 afin d'aider à consolider les équipes multidisciplinaires et d'orienter les services vers les exigences du programme.

2.3.3 Suivi médical

On entend par suivi médical tout ce qui concerne le suivi des résultats et le suivi de la prise en charge des femmes ayant eu un résultat de mammographie de dépistage indiquant la nécessité d'examens complémentaires.

➢ ***Suivi des résultats***

Lorsqu'une femme a sa mammographie de dépistage, elle doit obligatoirement identifier un médecin qui recevra le rapport de sa mammographie (rapport envoyé au médecin par le CDD). C'est ce dernier qui assurera le suivi de cette femme. Par contre, certaines femmes n'ayant pas de médecin de famille, le CCSR a fourni à chacun des CDD une liste de « médecins qui acceptent de faire le suivi de la mammographie » afin que toutes les femmes qui le désirent puissent participer au programme. Cette liste inclut 85 omnipraticiens.

Le CCSR envoie une lettre de résultat à la femme qui consent à participer au programme. Depuis 1998, 64 518 lettres de résultats ont été envoyées (57 464 lettres de résultat normal, et 7 054 lettres de résultat anormal).

Si la mammographie de dépistage est normale, la femme qui participe au programme recevra deux ans plus tard une lettre d'invitation pour avoir une autre mammographie de dépistage (lettre de rappel). À la fin de décembre 2000, 9 581 femmes avaient reçu une lettre de rappel.

Le système informatique du PQDCS nous permet de savoir si les femmes ayant une mammographie anormale ont pris rendez-vous dans un centre désigné par le programme pour un examen complémentaire. Lorsqu'il n'y a aucune donnée à ce propos, 30 jours après la mammographie, le CCSR applique des procédures afin de s'assurer de la prise en charge médicale de cette femme.

➢ ***Suivi de la prise en charge médicale***

Les médecins du CCSR écrivent au médecin traitant (identifié par la femme lors de sa mammographie) en lui demandant s'il a bien reçu le rapport de la mammographie de dépistage et s'il a fait le suivi auprès de sa patiente. Deux mille neuf cent cinq (2 905) de ces lettres ont été envoyées entre le 15 septembre 1998 et le 31 décembre 2000.

Si nous n'avons pas de réponse suite à cette lettre, chaque cas est traité individuellement, soit par appels téléphoniques à la femme, au médecin ou aux centres du programme, soit par une autre lettre au médecin ou à la femme.

Lorsque la femme nécessite un suivi particulier, c'est le médecin traitant qui l'assure jusqu'à ce que la femme puisse réintégrer le programme.

2.3.4 Formation

Élaborée par le PQDCS provincial, la *Programmation des activités de formation préalables à l'application du Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN vise, entre autres, l'amélioration des connaissances et des compétences de toutes les catégories de personnel impliquées dans le programme. Au plan régional, le CCSR a organisé l'implantation de ces différentes activités et, de mai 1998 à décembre 2000, 402 personnes ont pu bénéficier de ces diverses formations.

D'autre part, des formations sur le PQDCS et le cancer du sein ont été offertes aux médecins omnipraticiens de la Montérégie. En effet, 267 d'entre eux (soit environ 25 % des médecins du territoire) ont participé à la formation « Trousse de formation des médecins de première ligne ». D'autres activités ont été offertes à des groupes d'étudiants en médecine de 4e année de l'Université de Sherbrooke, à des étudiants en médecine dans le cadre de stages en santé communautaire ainsi qu'à des représentants de la santé publique d'Argentine.

Enfin, des activités régionales de formation ont été élaborées afin de répondre aux besoins spécifiques de certains intervenants, tels que les intervenants psychosociaux des CRID (15 participants) et les bénévoles œuvrant dans le cadre du PQDCS (45 participants).

En dernier lieu, le CCSR a mis sur pied un centre de documentation afin de répondre aux besoins de formation continue des professionnels de la santé. Plus de 500 articles scientifiques traitant de la problématique du cancer du sein y sont actuellement recensés.

2.3.5 Promotion/sensibilisation

La *Table régionale des agents de promotion et de sensibilisation du PQDCS* de la Montérégie est principalement un lieu d'échange de stratégies promotionnelles et d'actualisation de connaissances sur le PQDCS et le cancer du sein. Créée en novembre 1998, la « Table » regroupe 32 membres incluant des professionnels de la santé (infirmières et médecins) des 19 CLSC montérégiens et des intervenantes de 6 organismes ethnoculturels locaux. Le CCSR assume les tâches inhérentes à l'animation et à la gestion des 5 rencontres annuelles en plus de veiller à la formation et au recrutement des nouveaux membres. Les stratégies principalement utilisées pour la promotion sont les conférences/ateliers et la tenue de kiosques d'information. Les résultats de la compilation des données relatives à ces activités dévoilent que plus de 200 activités locales (conférences, ateliers, kiosques) ont attiré près de 6 000 personnes au cours de l'année 1999-2000 en Montérégie.

En outre, au printemps 2000, un projet pilote de Bingo s'est avéré valable sur la réserve de Kahnawake. Plus de 300 femmes de la population ont été rejointes dont 145 de la population cible.

Finalement, durant l'année 2000, une nouvelle stratégie promotionnelle a été élaborée, soit le théâtre d'intervention, afin de sensibiliser les femmes à la mammographie de dépistage. Cette pièce de théâtre, « La Mammo…quel scénario! », fut produite en collaboration avec le théâtre Parminou, pour être lancée en octobre 2000.

2.3.6 Communication

Conçues à partir des objectifs de santé définis dans le cadre de référence du PQDCS[6], les activités de communication en Montérégie ont grandement contribué au rayonnement du programme et à la diffusion des avantages de la mammographie de dépistage auprès des clientèles cibles. Ces activités ont également été organisées pour soutenir et bonifier les activités de sensibilisation et de promotion relatives aux démarches de diffusion et d'information.

Les stratégies utilisées ont été les suivantes :

➢ ***Pour les femmes***

- conception, production et distribution du signet CDD, joint aux lettres d'invitation et identifiant les CDD de la région;
- distribution des dépliants sur le programme et la mammographie de même que sur les examens complémentaires;

[6] Idem 4.

- soutien à l'élaboration du contenu des différentes lettres envoyées aux femmes (invitations et résultats);
- diffusion de l'affiche promotionnelle de la porte-parole du programme (Suzanne Lapointe);
- participation de la coordonnatrice médicale de la Montérégie à certaines émissions télévisées;
- participation à la conception, à la promotion et à la diffusion de la pièce de théâtre « La mammo...quel scénario! » (2000);
- conception, production, évaluation de l'affiche et des outils promotionnels de la pièce de théâtre;
- soutien au projet pilote Bingo;
- interventions médiatiques :
  - ✓ conférences de presse (novembre 1998, octobre 2000),
  - ✓ communiqués de presse (novembre 1998, janvier 1999, mai 1999, octobre 1999, octobre 2000),
  - ✓ annonces publicitaires (mai 1999, Colloques de la FADOQ 1998, 1999, 2000, pièce de théâtre),
  - ✓ capsules radiophoniques (octobre 1999),
  - ✓ articles dans des bulletins régionaux (*Relais* 1998, mai 1999, 2000).

➢ *Pour les intervenants (CLSC - bénévoles)*

- bulletin trimestriel d'information depuis 1998 (SEINfo) aux pharmaciens et omnipraticiens à l'occasion, CDD et CRID, agents de sensibilisation et organismes de soutien et entraide (8 numéros);
- dépliants et outils d'information adaptés aux CLSC;
- pochette d'information;
- production et distribution de l'affiche du Calendrier d'activités;
- distribution du document de référence *Des réponses à vos questions* ;
- diffusion de cinq vidéo cassettes sur le programme de dépistage du cancer du sein;
- production d'une affiche promotionnelle pour les services de transport et d'écoute.

➢ *Pour les médecins omnipraticiens*

- répertoire des ressources à l'intention des omnipraticiens (1999);
- envoi de Noël (carte et informations sur le PQDCS 1999, calendrier 2000);
- envoi de mémos (au besoin).

➢ *Pour les CDD et CRID*

- envoi de mémos aux équipes multidisciplinaires (au besoin);
- envoi du SEINfo (continu).

➢ *Pour les pharmaciens*

- Envoi du SEINfo (au besoin).

Entre mai et septembre 1999, nous avons eu l'opportunité d'évaluer l'efficacité de certains moyens de communication lors d'un projet pilote qui s'est déroulé peu après l'envoi des premières lettres d'invitation adressées aux femmes. L'évaluation a démontré, entre autres, que l'avis du médecin et la lettre d'invitation personnalisée sont deux moyens qui incitent les femmes à prendre un rendez-vous pour une mammographie. L'environnement médiatique a aussi été évalué. Son impact est plus difficile à mesurer de façon isolée, mais on peut tout de même observer que lorsqu'une campagne médiatique est combinée aux autres moyens de communication, la participation des femmes augmente (voir figures 3 et 4).

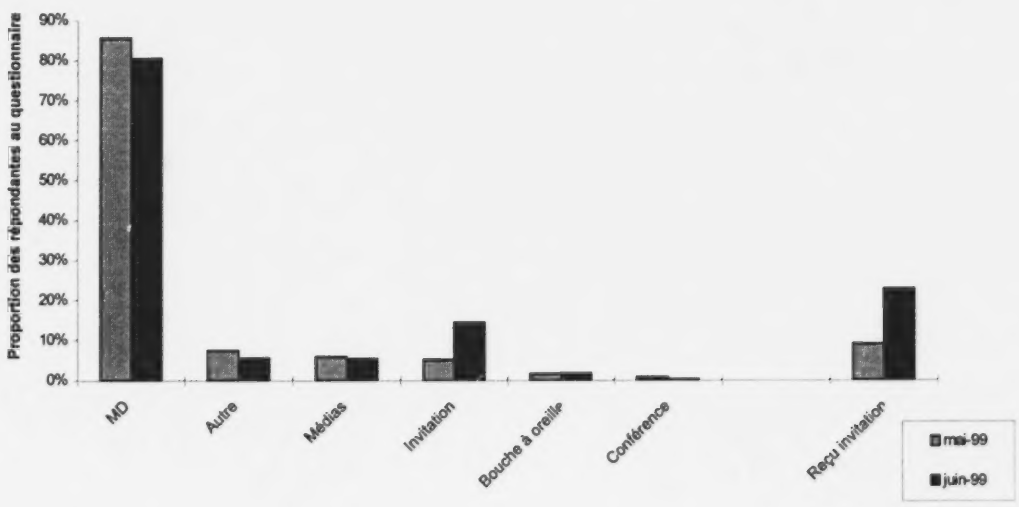


Figure 3 : Facteurs incitatifs à la mammographie de dépistage, Montérégie, 1999

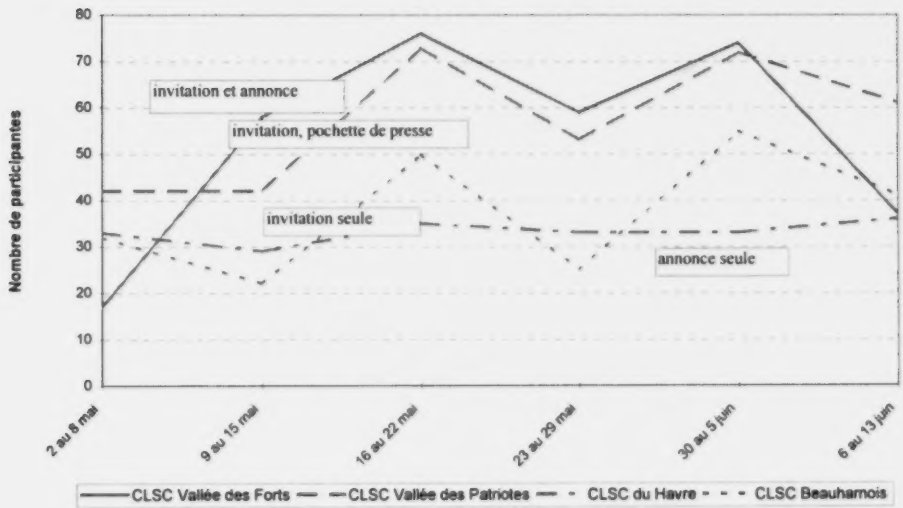


Figure 4 : Effet des invitations et des annonces sur la participation au PQDCS, Montérégie, 1999

2.3.7 Assurance de la qualité

Parmi les exigences de qualité définies dans le cadre de référence du PQDCS (MSSS, 1996), il est fait mention des services offerts dans les centres de référence pour investigation (CRID) qui « doivent être de grande qualité, répondre aux besoins des femmes et être accessibles ». Ces centres doivent notamment « assurer l'expertise nécessaire, soit les services d'une équipe multidisciplinaire participant au diagnostic et au traitement du cancer du sein, et comprenant au minimum un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en intervention psychosociale ». En Montérégie, la participation d'un hémato-oncologue est également recommandée.

Dans cette optique, une visite des 6 CRID du territoire montérégien a été effectuée de septembre à décembre 2000, par un comité du PQDCS formé de médecins qui œuvrent dans le programme.

Les conditions préalables aux exigences de qualité, soit le respect des exigences des Ordres professionnels, l'accréditation et l'adhésion au système d'information du PQDCS, étaient partout adéquates et les exigences de formation remplies par tous les CRID. Quant à la certification, le processus était en cours pour le Centre de référence à Valleyfield[7] et à

[7] Ce centre a été accrédité en novembre 2001.

Saint-Jean. Notons que tous les CDD et CRID ont été branchés au SI-PQDCS en août 1998 et le CCSR en mai 1998.

Les exigences de qualité qui suivent ont également été discutées et vérifiées, selon le cas :

- Saisie des données et transmission au système d'information du programme pour le calcul des différents indicateurs d'assurance de la qualité : la saisie des données des examens radiologiques s'effectue en CRID ou en CDD dépendant des endroits, et celle des examens de pathologie et de chirurgie se fait toujours en CRID.

- Évaluation de la qualité de l'accueil, de l'information donnée aux femmes et de la saisie des informations : abordé et discuté à plusieurs reprises.

- Participation aux réunions périodiques de révision des cas avec les CDD : un des CRID a des rencontres avec présentation de cas aux 6 semaines avec les radiologistes de 2 autres CDD. Plusieurs radiologistes des CRID disent réviser les mammographies positives des CDD. Exception faite pour un site, tous les médecins des CDD ont des liens avec les médecins des CRID de leur région, sauf dans le cas des CDD ou CRID de la région de Montréal qui accueillent des femmes montérégiennes pour les interventions diagnostiques.

- Participation aux réunions périodiques de révision de la performance régionale pour déceler les lacunes et mettre en place les mesures de correction appropriées : il est proposé de former un comité disciplinaire régional.

- Participation aux activités de formation du programme de dépistage : depuis le début du programme.

- Discussion du bilan des activités réalisées par le CRID (par l'intermédiaire du système d'information) et produit par le CCSR : abordé à plusieurs reprises, ce qui a mené au financement des archivistes et secrétaires médicales en CRID.

- Précision des protocoles d'investigation avec les différentes procédures requises à chaque étape de l'investigation : plusieurs médecins ont souligné qu'ils suivaient les lignes directrices canadiennes.

- Transmission des résultats positifs du dépistage au médecin dans les 24-48 heures : cette exigence est remplie. Dans tous les CRID, les médecins traitants réfèrent les patientes au spécialiste du CRID, soit pour la radiologie ou pour la chirurgie. Les CDD qui ne font pas d'examens complémentaires peuvent en suggérer aux médecins traitants.

- Procédure d'accueil mise en place au CRID pour les femmes qui y sont référées : dans certains CRID, quelqu'un contacte la femme, répond à ses questions et lui donne un rendez-vous.

- Disponibilité d'un professionnel en intervention psychosociale : 90 % des femmes et leurs proches peuvent bénéficier d'une intervention psychosociale appropriée.

2.3.8 Autres activités

➢ ***Soutien aux services communautaires : écoute et transport bénévoles***

Le POUF (Partage des Organismes d'écoUte pour Femmes) est un regroupement réunissant une vingtaine d'organismes communautaires et groupes ethno-culturels, dont le mandat commun est d'offrir un service d'écoute pour les femmes vivant de l'anxiété durant la période d'attente de diagnostic. Depuis sa création en septembre 1999, le CCSR rencontre les membres du POUF deux fois par année.

Des études ont été menées afin de vérifier si ce service d'écoute répond aux besoins des femmes. Même si celles-ci démontrent la pertinence du service d'écoute, il demeure peu utilisé : autour de 10 demandes par an par organisme communautaire impliqué. De nouvelles tactiques ont donc été développées durant l'année 2001.

Enfin, dès l'implantation du programme, un service de transport bénévole a été offert aux femmes ciblées par le programme, voulant se rendre à leur mammographie de dépistage ou à des examens complémentaires. Trente-deux (32) organismes communautaires répartis sur tout le territoire montérégien ont été ainsi recrutés. Des frais de gestion leur ont été octroyés et l'organisme La Mosaïque a été nommée fiduciaire des sommes allouées au transport. Pour l'année 1998, aucune demande n'a été faite. En 1999-2000, 19 femmes ont bénéficié de ces service. Un rapport (Johanne Roy, 2000) sur ce sujet a été présenté en 2000 au CCSR.

➢ ***Soutien au système d'information***

La coordination provinciale du PQDCS, les CCSR, les CDD et les CRID ont un système d'information unique soit le SI-PQDCS. Au niveau régional, le CCSR offre, à tous les intervenants des CDD et des CRID, une formation de base à l'utilisation du logiciel du PQDCS et un soutien technique à l'utilisation du système d'information spécifique au programme. Ces activités se font sur une base continue.

2.3.9 Financement

Le programme a prévu la réalisation d'une série d'activités à mettre en place au plan régional. Ces activités, décrites plus haut, sont effectuées par le CCSR. Le coût de fonctionnement d'un tel centre a été évalué à près d'un demi-million de dollars, incluant les ressources humaines et matérielles. Une somme non récurrente a également servi à l'achat de l'équipement informatique nécessaire au bon fonctionnement du programme.

De plus, pendant la période d'implantation du programme en Montérégie, un état de la situation a été produit : portrait de la population féminine ciblée par le programme, ressources privées et publiques en mammographie, appareils de mammographie et stéréotaxie, volume des activités d'investigation et de traitement, ressources humaines et financières. À partir d'un modèle proposé en Angleterre[8], la projection de l'augmentation des activités de dépistage, d'investigation et de traitements chirurgicaux a été effectuée. L'estimation des coûts liés à l'investigation et au traitement dans les centres hospitaliers a été évaluée avec leur participation en tentant d'établir un coût de production par cas en considérant les coûts dans trois hôpitaux. Une moyenne a ensuite été dégagée. Ainsi, le financement des CRID a été calculé en tenant compte de l'augmentation de volume des activités et du coût par cas estimé, soit 540 000 $. Les activités de dépistage en centre hospitalier ont aussi été financées à partir du coût estimé pour une mammographie et du nombre de femmes de 50 à 69 ans desservies par le territoire concerné. Le montant attribué a été de 305 000 $.

Le Ministère a contribué au financement en accordant 25 000 $ à chacune des régions et, en ajoutant un montant en fonction du nombre de femmes ciblées par le programme, la Montérégie a reçu une somme récurrente de 170 000 $. Une partie des fonds alloués pour le plan d'oncologie a été affectée au programme. L'écart pour combler le financement estimé a été accordé, également sur une base récurrente, par le conseil d'administration de la Régie. Le budget total en Montérégie est de 1 890 000 $.

2.4 Évaluation du PQDCS en Montérégie : juillet 1998 à décembre 2000

L'évaluation qui suit est essentiellement une évaluation de type normative. Cette évaluation comporte également certains éléments descriptifs. Contandriopoulos et ses collègues (2000) décrivent l'évaluation normative de la façon suivante :

> *« L'évaluation normative repose sur une appréciation portée sur chaque composante de l'intervention par rapport à des critères et des normes. Elle est définie comme l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (structure), les services et les biens produits (processus) et les résultats obtenus, à des critères et des normes, c'est-à-dire des abrégés du vrai et du bien. A-t-on fait ce qui devait être fait d'une façon souhaitable compte tenu des normes retenues? »*

Les critères et normes retenus ici sont ceux et celles retrouvés dans le cadre de référence du PQDCS (MSSS, 1996).

La perspective adoptée varie selon le type d'indicateur utilisé. En effet, le CCSR a une responsabilité globale quant à la gestion des programmes de santé par rapport à la population résidant à l'intérieur de son territoire. Ainsi, et puisque le PQDCS vise une réduction de la mortalité par des interventions dans une population bien définie, certains indicateurs seront examinés en fonction de la clientèle résidant en Montérégie. En outre, comme certains indicateurs permettent d'apprécier la qualité des services offerts par les ressources de la région, il

[8] *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Cadre de référence, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1996, annexe II.

arrivera que ceux-ci soient aussi examinés en prenant comme population de référence l'ensemble de la clientèle desservie par le réseau montérégien, qu'elle réside ou non en Montérégie. Cela est particulièrement valable dans une région comme la nôtre où la consommation interrégionale de services est importante, particulièrement avec Montréal-Centre.

Cette évaluation a un but essentiellement formatif, c'est-à-dire qu'elle vise à fournir de l'information pour améliorer le programme en cours de route. En effet, elle permettra aux différents partenaires touchés par le programme (CCSR, CDD, CRID, technologues, radiologistes, etc.) de se situer par rapport à des normes et critères reconnus, mais également par rapport à leurs collègues en région.

Jusqu'à maintenant, un rapport individualisé de ces données est envoyé annuellement à chacun des radiologistes, technologues et CDD de la Montérégie[9]. On retrouve dans ces rapports, outre la performance individuelle de chacun, la performance de l'ensemble de leurs collègues de la Montérégie, ainsi que les normes et critères retrouvés dans le cadre de référence du PQDCS (MSSS, 1996). Éventuellement, des comparaisons avec les données provinciales seront aussi ajoutées.

L'étude des données retrouvées dans ce type d'évaluation permettra aux cliniciens, à travers le Comité régional d'assurance de la qualité qui est actuellement en cours d'implantation, de faire la rétroaction nécessaire en vue de l'amélioration de la qualité du programme.

Finalement, les données que vous trouverez dans cette évaluation sont tirées du système d'information propre au PQDCS, le SI-PQDCS. Les données disponibles jusqu'à maintenant, et qui sont décrites dans ce rapport, concernent les femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage au cours de la période allant de juillet 1998 à décembre 2000. Les résultats sont colligés à partir des rapports de dépistage (formulaire AH-508) remplis dans chacun des CDD. Il est à noter que les informations portant sur l'investigation, la pathologie ou la cytopathologie ne sont pas encore disponibles et ne sont donc pas traitées dans cette évaluation.

2.4.1 Recrutement

➢ *Population admissible*

La population admissible au PQDCS en Montérégie compte 138 706 femmes âgées entre 50 et 69 ans[10]. Celles-ci sont réparties comme suit selon le groupe d'âge (figure 5).

[9] Des rapports aux CRID, ainsi qu'aux professionnels qui y travaillent, seront également élaborés lorsque les données les concernant seront disponibles.

[10] Ce chiffre constitue une estimation de la population admissible pour cette période. Il est obtenu à partir de la moyenne des populations féminines montérégiennes entre 50 et 69 ans tirées de la banque de la RAMQ les 20 janvier et 4 septembre 1999, et les 4 mars et 16 novembre 2000.

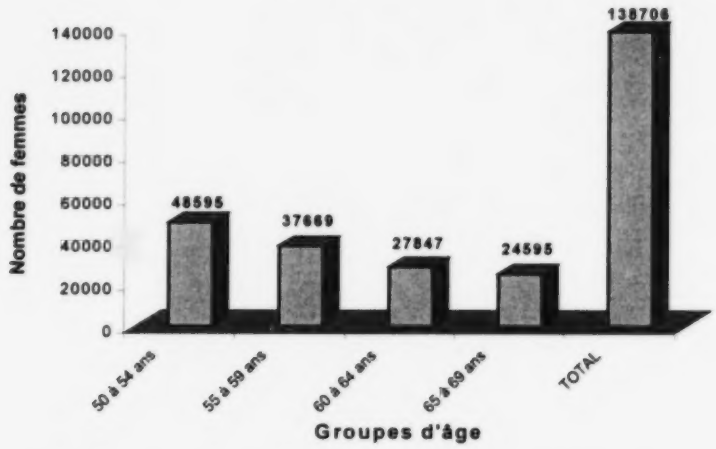
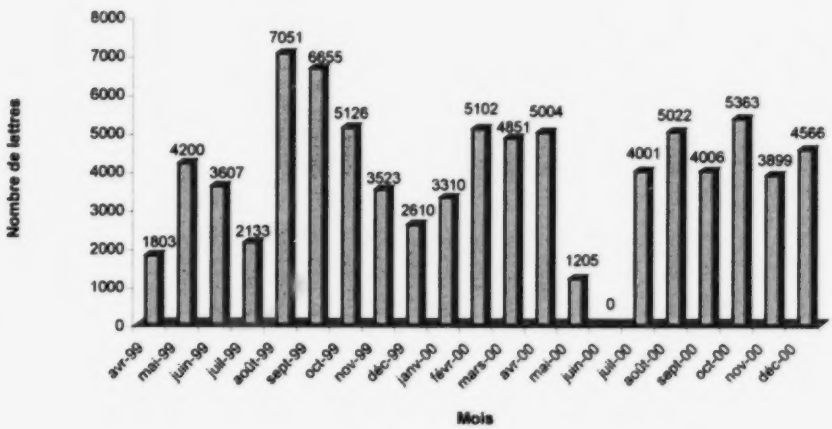


Figure 5 : Nombre de femmes admissibles au PQDCS, selon le groupe d'âge, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

➢ ***Invitations***

Le nombre de lettres d'invitation envoyées par le CCSR a varié de 0 à 7051 par mois avec une moyenne de 3954 par mois (la médiane est de 4006 lettres par mois) (figure 6).



Note : L'envoi des lettres d'invitation a débuté en avril 1999 en Montérégie, la prescription médicale étant le seul moyen de participer au programme de septembre 1998 à avril 1999.

Figure 6 : Nombre de lettres d'invitation envoyées par mois, Montérégie, avril 1999 à décembre 2000

➢ *La participation au dépistage*

Les impacts d'un programme de dépistage du cancer du sein ne sont perceptibles qu'après plusieurs années. Ainsi, ses effets sur la mortalité ne deviennent mesurables que cinq à sept ans après un développement significatif de ses activités. C'est pourquoi un petit nombre de variables, calculées à partir des résultats plus immédiats des interventions, sont largement utilisées comme indicateurs pour évaluer la performance du programme de dépistage du cancer du sein. Pour chacun de ces indicateurs, des cibles de résultats ont été déterminées et empiriquement validées. La plupart des programmes en cours dans le monde utilisent ces indicateurs et cibles de résultats pour apprécier leur performance. Notons que, sauf exception, les chiffres du rapport ont été arrondis à la décimale près.

Un premier indicateur de performance universellement reconnu est le taux de participation, c'est-à-dire la proportion de la clientèle ciblée pour le dépistage systématique qui participe au dépistage. Un taux de participation d'au moins 70 % est la cible de résultat fixée pour cet indicateur. Celui-ci est fondé sur les résultats des essais cliniques sur le dépistage du cancer du sein qui ont démontré la capacité du dépistage à réduire de façon substantielle la mortalité causée par le cancer du sein. Dans ces études, le taux de participation dans les groupes soumis au dépistage était en effet d'environ 70 %.

➢ *Norme*

Atteindre et maintenir un taux de participation d'au moins 70 % des femmes de 50 à 69 ans.

➢ *Résultats*

Au cours des 24 mois de l'année 1999 et 2000, 47 % de la population féminine montérégienne, âgée entre 50 et 69 ans, avait eu une mammographie de dépistage.

Le taux le plus élevé de participation au dépistage par groupe d'âge se retrouve chez les femmes de 50 à 54 ans et le plus faible chez celles de 65 à 69 ans (tableau 5).

Tableau 5 - Participation au dépistage au cours des 24 derniers mois, par groupe d'âge, Montérégie, au 31 décembre 2000

Groupe d'âge	*Nombre de femmes ayant obtenu une mammographie*	*Nombre de femmes admissibles*	*Participation au dépistage (%)*
50-54 ans	24 284	48 595	50
55-59 ans	17 812	37 669	47
60-64 ans	13 313	27 847	48
65-69 ans	10 212	24 595	42
Total	**65 621**	**138 706**	**47**

Finalement, au niveau des territoires de CLSC, les taux de participation ont varié de 8 à 60 % au cours de la période couverte (tableau 6). Notons cependant que le CDD de la région de Châteauguay n'a été accrédité qu'en novembre 2000, et que cela a probablement influencé aussi le territoire du CLSC Jardin du Québec.

Tableau 6 - Participation au dépistage au cours des 24 derniers mois, par territoire de CLSC, Montérégie, au 31 décembre 2000

Territoire CLSC	*Participation au dépistage (%)*
La Presqu'île	37
Huntingdon	39
Seigneurie de Beauharnois	52
Châteauguay	8
Jardin du Québec	31
Kateri	48
Samuel-de-Champlain	49
Longueuil-Ouest	50
Longueuil-Est	56
Saint-Hubert	52
Des Seigneuries	60
Champagnat de la Vallée des Forts	55
Des Patriotes	53
Du Richelieu	52
Du Havre	57
Des Maskoutains	44
De la Pommeraie	51
De la Haute-Yamaska	44
La Chênaie	45
Ensemble de la Montérégie	**47**

2.4.2 Le consentement à participer au PQDCS

On ne doit pas sous-estimer l'importance de la satisfaction de la clientèle par rapport aux services de dépistage et de référence pour investigation et son influence sur l'adhésion et la participation assidues des femmes au programme. Il est par ailleurs essentiel que les besoins et les droits des femmes, incluant le respect de leur vie privée et de leur confidentialité, soient respectés tout au long du cheminement de celles-ci dans le programme de dépistage. Une prise de décision éclairée quant à la participation au dépistage est une condition essentielle et doit reposer sur une information complète et claire.

Ainsi, le consentement à participer ou non au programme de dépistage constitue un des éléments essentiels du PQDCS. En effet, ce consentement permet le rappel des femmes ciblées aux deux ans, le suivi des cas lorsque nécessaire et la mesure de l'atteinte des objectifs du PQDCS.

Les femmes ciblées par le programme qui se présentent dans un CDD pour une mammographie de dépistage reçoivent les informations nécessaires à la prise d'une décision éclairée principalement de quatre sources :

- des documents accompagnant la lettre d'invitation;

- de leur médecin traitant;
- des intervenants du centre de dépistage désigné (CDD);
- des campagnes médiatiques.

➢ ***Norme***

Que 100 % des femmes ayant une mammographie de dépistage autorisent par écrit, aux fins du programme, l'utilisation des données les concernant.

➢ ***Résultats***

À la fin de la période couverte, 94 % des femmes ayant passé une mammographie de dépistage en Montérégie avaient consenti à participer au programme. Depuis les débuts du programme, ce pourcentage est constant d'un semestre à l'autre.

Le consentement à participer au PQDCS varie peu d'un groupe d'âge à l'autre, à l'exception du groupe des 65 à 69 ans pour lequel il est un peu plus faible. En effet, 91 % des femmes de 65 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage en Montérégie ont consenti à participer au programme, tandis que ce pourcentage atteint 95 % chez les femmes de 50 à 54 ans, et 94 % chez les autres groupes d'âge.

Le consentement à participer au PQDCS a atteint l'objectif de 100 % dans un seul territoire de CLSC au cours de la période couverte, il s'agit du territoire du CLSC du Havre. Par ailleurs, le consentement est égal ou supérieur à la moyenne régionale dans les territoires de La Presqu'Île (98 %), de Huntingdon (98 %), de la Haute-Yamaska (98 %), de Seigneurie de Beauharnois (97 %), de La Chênaie (97 %), de Châteauguay (96 %), du Richelieu (95 %), des Maskoutains (95 %), des Seigneuries (94 %) et de Champagnat de la Vallée des Forts (94 %). En outre, il est inférieur à la moyenne régionale, tout en demeurant égal ou supérieur à 90 % dans les territoires de Jardin du Québec (93 %), des Patriotes (93 %), de la Pommeraie (93 %), de Kateri (92 %), de Saint-Hubert (92 %), de Samuel-de-Champlain (91 %), de Longueuil-Ouest (91 %) et de Longueuil-Est (90 %).

Le consentement à participer au PQDCS a atteint l'objectif de 100 % dans un seul CDD en Montérégie (tableau 7). Par ailleurs, le taux de consentement est égal ou supérieur à la moyenne régionale dans cinq CDD montérégiens et inférieur à cette moyenne dans six les autres CDD inclus dans l'analyse.

Tableau 7 - Consentement à participer au PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

CDD	*Proportion des femmes ayant consenti à participer au PQDCS (%)*
1	95
2	92
3	97
4	98
5	100
6	93
7	93
8	93
9	91
10	94
11	81
12	94
Ensemble des CDD	**94**

Note : Les données du CDD Anna-Laberge n'ont pas été rapportées dans ce tableau puisque celui-ci n'a été accrédité qu'en novembre 2000. Ainsi, en date du 31 décembre 2000 (fin de la période couverte par les analyses), ce CDD n'avait effectué que 44 mammographies.

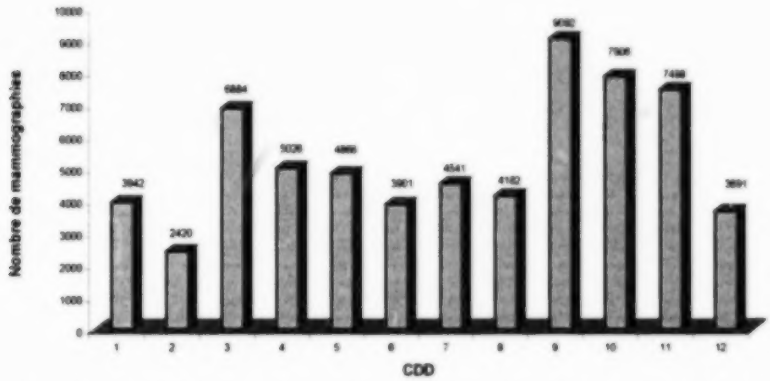
Note au lecteur : Afin de respecter la décision exprimée par les femmes lors de leur mammographie de dépistage en ce qui a trait au consentement, les données concernant les femmes n'ayant pas consenti à participer au PQDCS ne seront pas présentées dans les sections suivantes.

2.4.3 Le volume de mammographies de dépistage en Montérégie

De juillet 1998 à décembre 2000, un total de 63 973 mammographies de dépistage ont été effectuées dans le cadre du PQDCS.

Le nombre de mammographies de dépistage par semestre dans la région a varié de 7 628 à 15 376 avec une moyenne de 12 795 par semestre.

Dans les CDD de la Montérégie, le nombre de mammographies de dépistage effectuées au cours de la période couverte par l'analyse s'est situé entre 2 420 et 9 092 (avec une moyenne de 5 327 mammographies et une médiane de 4 704 mammographies par CDD) (voir figure 7).



Note : Les données du CDD Anna-Laberge n'ont pas été rapportées dans ce tableau puisque celui-ci n'a été accrédité qu'en novembre 2000. Ainsi, en date du 31 décembre 2000 (fin de la période couverte par les analyses), ce CDD n'avait effectué que 44 mammographies.

Figure 7 : Nombre de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Le nombre de mammographies de dépistage lues par les radiologistes de la Montérégie au cours cette période s'est situé entre 1 et 3 913 (avec une moyenne de 1 066 mammographies et une médiane de 951 mammographies par radiologiste) (voir figure 8).

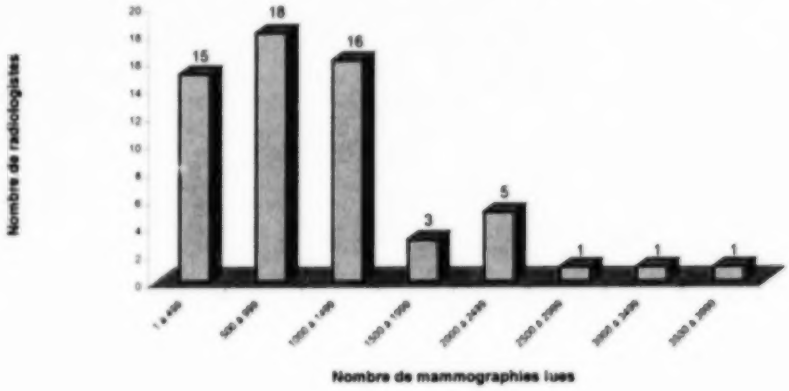


Figure 8 : Nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies lues, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Enfin, parmi les technologues de la Montérégie, le nombre de mammographies de dépistage effectuées au cours de cette période s'est situé entre 1 et 3 416 (avec une moyenne de 694 mammographies et une médiane de 490 mammographies par technologue) (voir figure 9).

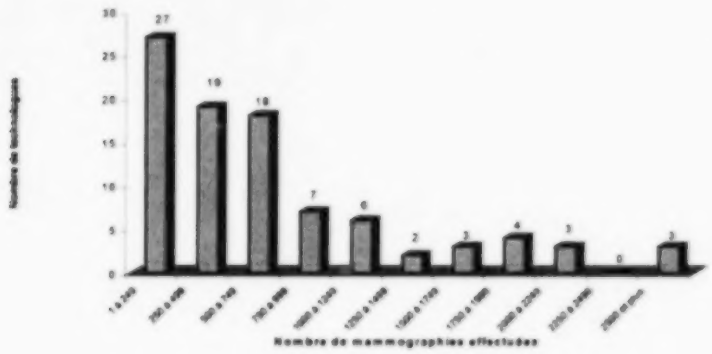


Figure 9 : Nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies effectuées, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

2.4.4 Le profil des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en Montérégie

➢ *Rétention des femmes montérégiennes*

La rétention consiste à recevoir des soins et des services au sein même de sa région de résidence. Il est donc intéressant de voir la tendance des femmes de la Montérégie à cet égard, notamment en ce qui a trait au choix de leur CDD.

➢ *Résultats*

Quatre-vingt-neuf pour cent (89 %) des femmes montérégiennes ayant eu une mammographie de dépistage entre les mois de juillet 1998 et décembre 2000, ont choisi de le faire dans un CDD situé en Montérégie. Environ une femme montérégienne sur dix a donc choisi de consommer ses services de dépistage à l'extérieur de la région, ce qui représente un total de 7 293 femmes pour cette période.

Le taux de rétention a varié de 86 % à 92 % en augmentant régulièrement à chaque semestre depuis janvier 1999.

Le taux de rétention est égal ou se situe au-dessus de 89 % dans la majorité des territoires de CLSC en Montérégie (tableau 8). Les territoires Samuel-de-Champlain, Kateri et Jardin du Québec ont des taux de rétention légèrement inférieurs à 89 %, tandis que les territoires de Châteauguay et de La Presqu'Île ont des taux de rétention de 18 % et 55 % respectivement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas encore de CDD accrédité dans le territoire

du CLSC La Presqu'Île, et que celui se trouvant dans le territoire du CLSC Châteauguay n'a été accrédité que plus récemment[11].

Tableau 8 - Rétention des femmes montérégiennes dans le cadre du PQDCS, selon leur territoire de résidence, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Territoire de résidence (CLSC)	*Proportion des Montérégiennes ayant obtenu leur mammographie de dépistage dans un CDD situé en Montérégie (%)*
La Presqu'Île	55
Huntingdon	92
Seigneurie de Beauharnois	97
Châteauguay	18
Jardin du Québec	86
Katen	85
Samuel-de-Champlain	85
Longueuil-Ouest	91
Longueuil-Est	92
Saint-Hubert	93
Des Seigneuries	89
Champagnat de la Vallée des Forts	95
Des Patriotes	90
Du Richelieu	93
Du Havre	97
Des Maskoutains	97
De la Pommeraie	95
De la Haute-Yamaska	97
La Chênaie	92
Ensemble de la Montérégie	**89**

Le taux de rétention serait peut-être plus élevé si certains services davantage spécialisés, la radiothérapie par exemple, étaient accessibles en Montérégie. Finalement, il est intéressant de noter que les Montérégiennes qui obtiennent leur mammographie de dépistage dans un CDD à l'extérieur de la Montérégie, le font à Montréal dans 94 % des cas.

➢ *L'offre de services aux autres régions*

En contrepartie, la Montérégie offre aussi des soins et des services à des femmes qui proviennent de l'extérieur de la région. Il est donc intéressant de voir la tendance de celles-ci en regard du choix de leur CDD.

[11] Le CDD Anna-Laberge situé dans le territoire du CLSC Châteauguay a été accrédité en novembre 2000. Il est à noter que les données présentées dans ce document ne couvrent que la période allant de juillet 1998 et décembre 2000.

Au cours de la période allant du mois de juillet 1998 au mois de décembre 2000, 3 % des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans un CDD de la Montérégie provenaient d'une autre région. Ceci représente un total de 2 152 femmes pour cette période.

L'offre de services aux autres régions représente 3 % ou moins des mammographies dans sept des CDD de la Montérégie, tandis qu'elle est supérieure à 3 % dans cinq CDD, atteignant jusqu'à 9 % dans un cas (tableau 9).

Tableau 9 - Offre de services, dans le cadre du PQDCS, aux femmes résidant dans une région autre que la Montérégie, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

CDD	*Proportion des femmes résidant dans une autre région (%)*
1	3
2	5
3	1
4	2
5	9
6	5
7	3
8	6
9	3
10	1
11	4
12	3
Ensemble des CDD	**3**

Note : Les données du CDD Anna-Laberge n'ont pas été rapportées dans ce tableau puisque celui-ci n'a été accrédité qu'en novembre 2000. Ainsi, en date du 31 décembre 2000 (fin de la période couverte par les analyses), ce CDD n'avait effectué que 44 mammographies.

Finalement, on note que ces femmes proviennent des régions de Montréal-Centre (30 %), de la Mauricie Centre-du-Québec (26 %), de l'Estrie (11 %) ou des autres régions du Québec (33 %).

➢ *Profil socio-démographique*

Parmi les femmes de 50 à 69 ans ayant obtenu une mammographie de dépistage en Montérégie, 37 % sont âgées de 50 à 54 ans, 27 % ont entre 55 et 69 ans, 20 % ont entre 60 et 64 ans, tandis que 15 % sont âgées de 65 à 69 ans.

La langue de correspondance utilisée est le français dans 97 % des cas et l'anglais dans 3 % des cas.

Le tableau suivant illustre la répartition des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage en Montérégie, selon leur territoire de résidence (tableau 10). À titre indicatif, vous

trouverez également dans le même tableau la répartition des femmes admissibles au PQDCS selon leur territoire de résidence.

Tableau 10 - Répartition des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon leur territoire de résidence, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Territoire de résidence (CLSC)	*Proportion des femmes ayant obtenu une mammographie*	*Proportion des femmes admissibles*
La Presqu'Île	3	7
Huntingdon	2	2
Seigneurie de Beauharnois	6	5
Châteauguay	0	5
Jardin du Québec	1	2
Kateri	5	5
Samuel-de-Champlain	10	11
Longueuil-Ouest	6	6
Longueuil-Est	5	5
Saint-Hubert	6	6
Des Seigneuries	8	7
Champagnat de la Vallée des Forts	9	7
Des Patriotes	8	8
Du Richelieu	4	3
Du Havre	6	5
Des Maskoutains	5	6
De la Pommeraie	4	4
De la Haute-Yamaska	7	6
La Chênaie	1	1
Données manquantes[12]	4	–
Total	**100**	**100**

➢ *Profil clinique*

Certaines données cliniques recueillies nous aident également à cerner le profil clinique des participantes (tableau 11). On observe ainsi que plus de 70 % des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage en Montérégie ont eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année, que 90 % d'entre elles avaient déjà eu au moins une mammographie antérieure et qu'environ 15 % rapportaient au moins un symptôme au moment de leur mammographie. Quant à la prise actuelle d'hormones de substitution, la plus élevée se retrouve chez les femmes de 55 à 59 ans (65 %), et la plus faible chez les femmes de 65 à 69 ans (37 %).

[12] Ces données représentent des femmes provenant d'autres régions et ayant obtenu leur mammographie de dépistage dans un CDD de la Montérégie, de même que des femmes montérégiennes pour lesquelles le territoire de résidence n'a pu être déterminé.

Tableau 11 - Profil clinique des femmes ayant obtenu leur mammographie de dépistage en Montérégie dans le cadre du PQDCS, selon le groupe d'âge, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

	50-54 ans (%)	*55-59 ans (%)*	*60-64 ans (%)*	*65-69 ans (%)*	*Total (%)*
Examen clinique des seins au cours de la dernière année					
Oui	78	75	71	68	74
Mammographies antérieures					
Oui	88	94	92	90	90
Symptômes					
Au moins un symptôme	15	14	13	12	14
Hormonothérapie de substitution actuelle					
Oui	53	65	52	37	53

➢ *Prévalence des facteurs de risque*

Les principaux facteurs de risque associés au développement du cancer du sein sont le développement d'un cancer du sein chez une parente du premier degré avant la ménopause (MSSS, 1996; Osteen, 2001), l'âge, le fait d'avoir déjà été atteinte d'un cancer du sein, la présence d'atypies cellulaires démontrées lors d'une investigation pour une maladie bénigne du sein. D'autres facteurs de risque associés au développement du cancer du sein incluent la ménarche précoce, la ménopause tardive, la nulliparité, une première grossesse tardive à terme, et l'obésité (chez les femmes post ménopausées) (Henderson et al., 1996; World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research, 1997). De plus, la littérature suggère que l'utilisation à long terme (10-20 ans) d'œstrogènes exogènes chez les femmes post ménopausées augmente faiblement le risque de développer un cancer du sein chez celles-ci (Osteen, 2001).

Le tableau suivant illustre la prévalence des facteurs de risque parmi les femmes ayant obtenu leur mammographie de dépistage en Montérégie.

Tableau 12 - Prévalence des facteurs de risque des femmes ayant obtenu leur mammographie de dépistage en Montérégie dans le cadre du PQDCS, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Facteur de risque	*Proportion des femmes présentant ce facteur de risque (%)*
Histoire familiale de cancer du sein	
Oui	13
Grossesses à terme	
Nullipare	13
Âge de la première grossesse[1]	
35 ans et plus	2
Durée de l'hormonothérapie[2]	
10 ans et plus	36
Âge de la ménopause[3]	
55 ans et plus	6

[1] Cette proportion fut calculée à partir du sous-groupe des 55 655 femmes ayant eu au moins une grossesse à terme.
[2] Cette proportion fut calculée à partir du sous-groupe des 34 133 femmes utilisant une hormonothérapie de substitution. Il est à noter que la validité de ces données peut être mise en doute. En effet, il semble que l'âge du début de l'hormonothérapie et la durée de celle-ci soient confondus fréquemment.
[3] Cette proportion fut calculée à partir du sous-groupe des 57 175 femmes ménopausées.

2.4.5 Les délais

La qualité des services de dépistage et de référence pour investigation dépend d'un grand nombre d'éléments, notamment de la qualité des actes professionnels, des délais pour obtenir ces services, de l'approche du programme à l'égard des femmes, incluant l'accueil, le suivi et l'intervention psychosociale offerts aux femmes et à leurs proches, de même que la qualité de l'équipement et des techniques utilisées.

➢ *Délais pour obtenir des services*

Un des objectifs généraux du PQDCS est de réduire les délais entre les différentes étapes du cheminement des femmes, notamment pour la réception des résultats de la mammographie, la référence pour investigation et les différentes procédures requises. Cette section traite donc des différents résultats disponibles actuellement dans la banque de données du SI-PQDCS en ce qui concerne les délais d'obtention des différents services liés au programme.

➢ *Délai entre la prise de rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même*

Un des objectifs du PQDCS est de favoriser l'accès et la participation des femmes au programme.

➢ *Norme*

85 % des femmes ont un délai d'attente maximal de 30 jours ouvrables entre le moment où elles prennent rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même.

➢ *Résultats*

Entre juillet 1998 et décembre 2000, la Montérégie a atteint l'objectif du PQDCS pour le délai d'attente entre le moment où les femmes prennent leur rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même[13]. En effet, 95 % des femmes ont eu un délai d'attente pour leur rendez-vous de 30 jours ouvrables ou moins. Le nombre moyen de jours d'attente pour cette période était de 12 jours (le nombre médian, de 11 jours).

Par ailleurs, au cours de cette période, tous les CDD de la Montérégie ont atteint l'objectif du PQDCS (tableau 13). Le nombre moyen de jours d'attente entre le moment où les femmes appelaient pour prendre leur rendez-vous et le rendez-vous lui-même dans les CDD pour cette période a varié de 2 à 20 jours (le nombre médian, de 1 à 18 jours), selon le CDD.

Tableau 13 - Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 30 jours ou moins entre le moment où elles ont pris rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même, dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

CDD	*Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 30 jours ou moins (%)*
1	100
2	100
3	88
4	98
5	100
6	93
7	100
8	97
9	97
10	86
11	99
12	99
Ensemble des CDD	**95**

Note : Les données du CDD Anna-Laberge n'ont pas été rapportées dans ce tableau puisque celui-ci n'a été accrédité qu'en novembre 2000. Ainsi, en date du 31 décembre 2000 (fin de la période couverte par les analyses), ce CDD n'avait effectué que 44 mammographies.

[13] Il est à noter que les données concernant le délai d'attente entre le moment où les femmes prennent rendez-vous pour leur mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même ne sont pas toujours disponibles étant donné que la date de prise de rendez-vous n'est pas toujours connue du professionnel qui fait la saisie des données. Ainsi, toutes les données manquantes et les délais de 0 jour n'ont pas été inclus dans les analyses présentées.

➢ *Délai entre la mammographie de dépistage et la réception des résultats*

Un des objectifs du PQDCS est de réduire le délai d'attente des résultats de la mammographie afin de minimiser l'anxiété que pourrait susciter cette attente chez les femmes.

➢ *Norme*

95 % des femmes doivent recevoir leurs résultats de dépistage dans les dix jours ouvrables suivant la date de la mammographie.

➢ *Résultats*

Entre juillet 1998 et décembre 2000, la Montérégie a atteint l'objectif du PQDCS pour le délai d'attente entre le moment où les femmes ont leur mammographie de dépistage et le moment où elles reçoivent les résultats de celle-ci[14]. En effet, 97 % des femmes ont reçu leurs résultats dans les 10 jours ouvrables suivant la date de leur mammographie. Le nombre moyen de jours d'attente avant la réception des résultats pour cette période était de 6 jours (le nombre médian, de 6 jours également).

Par ailleurs, au cours de cette période, la presque totalité des CDD de la Montérégie ont atteint l'objectif du PQDCS en ce qui concerne les délais d'attente pour la réception des résultats. En effet, un seul CDD n'a pas atteint l'objectif au cours de cette période (tableau 14). Le nombre moyen de jours d'attente entre le moment où les femmes avaient leur mammographie et celui où elles en recevaient les résultats a varié pour cette période, selon le CDD, de 5 à 9 jours (le nombre médian, de 5 à 9 jours également).

Tableau 14 - Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 10 jours ou moins entre leur mammographie de dépistage et la réception de leur résultat, dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

CDD	*Proportion des femmes ayant eu un délai d'attente de 10 jours ou moins (%)*
1	100
2	100
3	99
4	98
5	100
6	100
7	72
8	99
9	98
10	99
11	97
12	97
Ensemble des CDD	**97**

[14] Les dates de réception des lettres par les participantes étant impossibles à retracer, la date de lecture de la mammographie est utilisée pour identifier ce construit; un délai de 5 jours entre celle-ci et la date de réception est ensuite ajouté pour tenir compte du temps requis par l'envoi postal.

2.4.6 Quelques résultats : le taux de référence pour investigation

Un des objectifs du programme consiste à minimiser les effets négatifs du dépistage, particulièrement les faux positifs et les procédures invasives inutiles.

En effet, même dirigés vers les populations cibles chez qui ils sont reconnus pour être efficaces, soit les femmes de 50 à 69 ans, les programmes de dépistage du cancer du sein engendrent des effets pervers. Ainsi, après un dépistage par mammographie, même lorsqu'il est fait dans les meilleures conditions, jusqu'à 7 % des femmes devront subir une investigation. Or, une grande majorité d'entre elles ne seront pas atteintes de cancer. Ces femmes seront ainsi soumises à des investigations supplémentaires et à toutes les situations anxiogènes que celles-ci engendrent avant d'être rassurées sur leur état de santé.

Le programme de dépistage doit donc viser à réduire au minimum ces effets négatifs potentiels, entre autres par la mise en place de mécanismes rigoureux d'assurance de la qualité.

➢ ***Norme***

Le taux de référence pour investigation au dépistage initial devrait être de moins de 7 % et de moins de 5 % aux dépistages subséquents.

➢ ***Résultats***

Le taux de référence lors du 1er cycle de dépistage en Montérégie se situe à 10,6 %[15]. Celui atteint lors du deuxième cycle de dépistage jusqu'à maintenant est de 7,9 %[16]. Les objectifs visés en regard des taux de référence ne sont donc pas atteints en Montérégie.

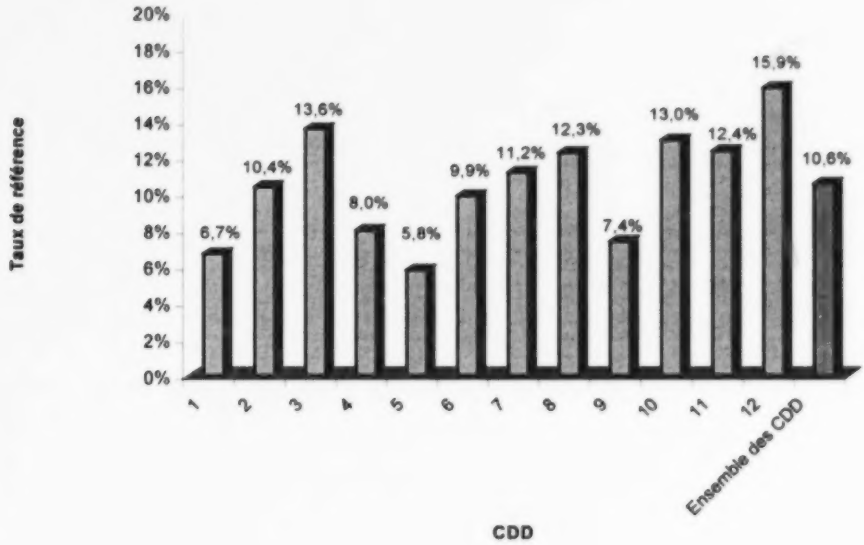
Lors du premier cycle, le taux de référence a varié de 9,0 % (minimum) à 11,4 % (maximum) selon le semestre. En outre, le taux de référence lors du premier cycle de dépistage est légèrement plus élevé chez les 50 à 54 ans (11,4 %), pour ensuite diminuer légèrement chez les 55 à 59 ans (10,6 %), puis chez les 60 à 64 ans (9,9 %) et finalement chez les 65 à 69 ans (9,2 %).

Toujours lors du premier cycle de dépistage, le taux de référence a varié de 5,8 % (minimum) à 15,9 % (maximum) selon le CDD. Ainsi, trois CDD ont atteint l'objectif préconisé par le PQDCS (figure 10).

---

[15] Ce chiffre n'inclut pas l'ensemble des mammographies effectuées lors du 1er cycle de dépistage puisque celui-ci ne s'est terminé qu'au mois de décembre 2001. Les données concernant les mois manquants ne sont pas encore disponibles.

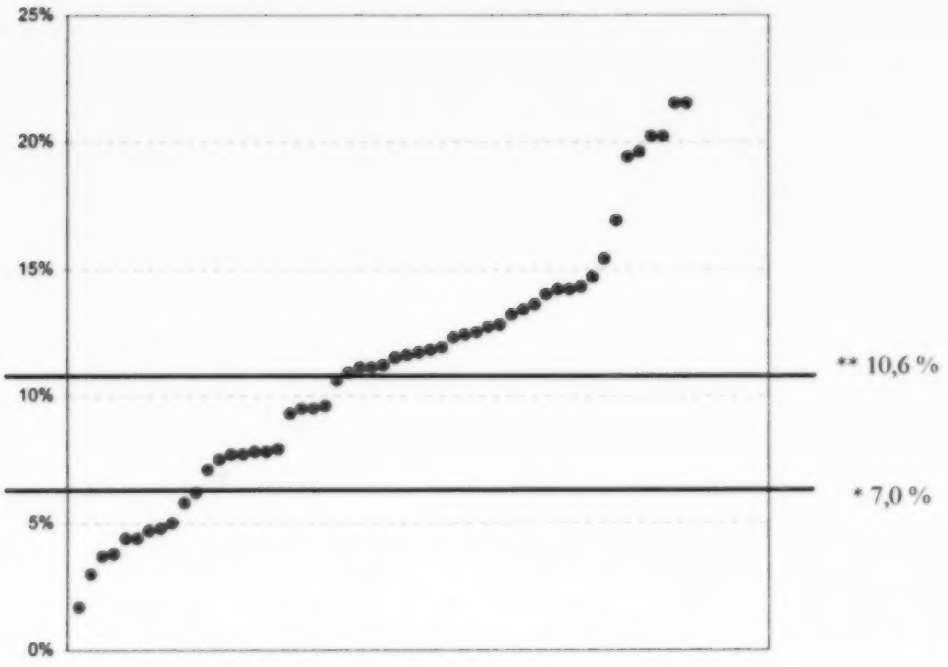
[16] Ceci n'est qu'un résultat préliminaire puisque seuls les résultats de 2910 mammographies de dépistage effectuées lors du 2e cycle étaient connus au 31 décembre 2000.



Note : Les données du CDD Anna-Laberge n'ont pas été rapportées dans ce tableau puisque celui-ci n'a été accrédité qu'en novembre 2000. Ainsi, en date du 31 décembre 2000 (fin de la période couverte par les analyses), ce CDD n'avait effectué que 44 mammographies.

Figure 10 : Taux de référence pour investigation diagnostique dans le cadre du PQDCS, par CDD, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

Finalement, lors du premier cycle de dépistage, le taux de référence a varié de 1,7 % (minimum) à 21,5 % (maximum) selon le radiologiste (figure 11). Ainsi, treize radiologistes ont atteint l'objectif préconisé par le PQDCS.



* Taux de référence pour investigation diagnostique visé par le cadre de référence lors du dépistage initial

** Taux moyen de référence pour investigation diagnostique pour l'ensemble des radiologistes de la Montérégie lors du premier cycle.

Note : Les radiologistes ayant fait moins de 50 mammographies de dépistage au cours de cette période n'ont pas été inclus dans ce graphique.

Figure 11 : Taux de référence pour investigation diagnostique dans le cadre du PQDCS, par radiologiste, Montérégie, juillet 1998 à décembre 2000

3 CONCLUSION

Nous vous avons présenté les données d'évaluation ainsi que les activités ayant eu lieu dans le cadre du PQDCS en Montérégie au cours de la période allant de mai 1998 à décembre 2000. Il faut se souvenir que ces premières années d'implantation ont eu lieu dans un contexte de compressions budgétaires défavorables aux conditions d'implantation. Le manque d'effectifs médicaux ainsi que le retard dans le processus d'accréditation de certains centres de dépistage a également freiné le déploiement des activités dans certaines sous-régions, par exemple Châteauguay, Vaudreuil-Dorion, Saint-Hyacinthe. De plus, un tel programme entraîne des changements au niveau des pratiques professionnelles des médecins (par exemple les rapports standardisés de mammographies de dépistage, les lettres de suivi auprès des femmes de leur clientèle, etc.) ainsi qu'au niveau de l'organisation des services en établissement (par exemple le fonctionnement en équipe interdisciplinaire, une responsable administrative du programme, des intervenants psychosociaux, le déploiement et l'utilisation du système d'information, etc.). De tels changements prennent parfois plusieurs mois, parfois même des années, à s'actualiser efficacement. Finalement, des défaillances liées au système d'information et des problèmes rencontrés lors de son implantation, tant au niveau central que régional, ont retardé la disponibilité des données d'évaluation, notamment des données concernant les tests complémentaires et les investigations diagnostiques subséquentes à un dépistage positif.

Malgré les difficultés évoquées, il n'en demeure pas moins que la majorité des professionnels oeuvrant dans le cadre du PQDCS en Montérégie sont convaincus de la pertinence d'un tel programme. C'est d'ailleurs grâce à la motivation et à l'implication des personnes qui travaillent dans les CDD, CRID et CCSR, ainsi qu'aux médecins de première ligne, que le programme a pu démarrer et se développer en Montérégie. En outre, il a produit des effets positifs qui se font sentir par-delà les bénéficiaires du programme, tels une amélioration de la qualité des équipements et des techniques. Diverses activités de formation professionnelle ont été mises en œuvre, des services comme l'accueil et le soutien psychologique ont été instaurés, de telle sorte que d'autres femmes et même d'autres programmes profitent des exigences mises en place pour le PQDCS.

De nouveaux défis attendent les professionnels qui auront à travailler dans le cadre du PQDCS au cours des prochaines années. En effet, une deuxième ronde d'invitations pour une nouvelle mammographie après deux ans a débuté en 2001. Il sera donc nécessaire de déployer de nouvelles stratégies, tant pour s'assurer de la fidélité des femmes au dépistage que pour augmenter la participation à celui-ci.

En outre, à travers le Comité régional de l'assurance de la qualité qui sera mis sur pied prochainement, les exigences du programme visant à prodiguer des services de haute qualité pourront être implantées plus efficacement. Ce comité aura, notamment comme mandat, de :

- documenter la couverture de la population cible selon les territoires couverts par les CDD;

- documenter les délais entre les différentes procédures de dépistage et de diagnostic jusqu'au diagnostic pathologique;
- documenter la qualité des liens et communications entre les équipes des CDD et celles des CRID;
- s'assurer que chaque groupe de professionnels puisse faire une rétroaction à partir des données extraites du système d'information;
- connaître le fonctionnement des équipes multidisciplinaires des CRID en regard des activités professionnelles du programme;
- documenter le cheminement des femmes dans les services de traitement;
- conseiller le CCSR dans le maintien de la qualité des services dans le cadre du programme.

Finalement, au niveau de l'évaluation, des données de plus en plus fiables et complètes devraient être disponibles avec la formation et le soutien offerts au cours des années. En outre, l'analyse prochaine des données d'investigation, la refonte éventuelle du système d'information et la mise sur pied d'un groupe de travail provincial d'évaluation devraient faciliter le processus de monitoring et d'évaluation du programme régional.

4 BIBLIOGRAPHIE

BARRETT-CONNOR. E., et D. GRADY. *Hormone Replacement Therapy, Heart Disease, and Other Considerations*, Annual Review of Public Health, 1998, 19 : 55-72.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CETS). Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé, CETS, Montréal, 1990.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., et autres. *L'évaluation dans la domaine de la santé : concepts et méthodes*, Revue Épidémiologie et Santé Publique 2000, 48 : 517-539.

HENDERSON, B.E., et autres, *Breast Cancer* dans SCHOTTENFELD, D. et FRAUMENI, J.F., eds., Cancer Epidemiology and Prevention, New York Oxford University Press, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Cadre de référence, MSSS Québec, 1996.

OSTEEN, R.T.. *Breast Cancer* dans LENHARD, R.E., OSTEEN, R.T. et GANSLER, T., eds., Clinical Oncology, Atlanta, American Cancer Society, 2001.

ROY, J.. *Évaluation du Service de Transport offert dans le cadre du PQDCS en Montérégie*, DSPPÉ, RRSSS de la Montérégie, Longueuil, 2000.

SOUS-COMITÉ SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER. *Le dépistage systématique du cancer : orientations*, Document produit dans le cadre des travaux du Comité consultatif sur le cancer, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

TREMBLAY, C., et M. NOISEUX, *Portrait du cancer en Montérégie, 1991-1998*, DSPPÉ, RRSSS de la Montérégie, Longueuil, 2001.

WORLD CANCER RESEARCH FUND et AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer : a global perspective*, Washington World Cancer Research Fund et American Institute for Cancer Research, 1997.

Afin de répondre aux orientations de la Politique de la santé et du bien-être et, particulièrement à l'objectif visant à réduire la mortalité causée par le cancer du sein, un *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN a été instauré au Québec en 1998 et en Montérégie la même année. Dans le cadre de ce programme, une mammographie de dépistage aux 2 ans est recommandée pour les femmes entre 50 et 69 ans. Ce rapport porte sur les deux premières années du Programme montérégien, donc sur son implantation et sur un cycle complet de dépistage.

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus souvent diagnostiquée chez les femmes. En Montérégie, son taux d'incidence a augmenté de façon régulière depuis 1991. Cependant, la tendance dans le taux de mortalité par cancer du sein est à la baisse.

Le rapport porte sur la qualité de l'approche générale envers les femmes, la qualité du dépistage et celle de l'investigation qui, toutes trois, demeurent des éléments clés de réussite.

Il y est également question de l'organisation de services facilement accessibles répartis sur l'ensemble du territoire, la sensibilisation des femmes à l'importance de passer une mammographie de dépistage, la formation des intervenants techniques et professionnels, le suivi médical et l'assurance de la qualité. Ces critères de qualité sont autant de défis à relever pour le PQDCS. Une description sommaire de toutes ces activités est intégrée au texte.

Le lecteur trouvera aussi dans ce document des éléments d'analyse tels le nombre de femmes qui ont accepté de faire partie du programme, leur profil, le volume de mammographies de dépistage en Montérégie, les délais et quelques résultats.

BONNE LECTURE!

Geneviève Baron, M.D., M.Sc., FRCPC

Suzanne Bélanger, Inf., M.Sc.